THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 19 *août* 1843,

Par PAUL-JOSEPH DOUMERGUE,

né à Villeréal (Lot-et-Garonne),

Ancien Élève des hôpitaux.

I. — Faire connaître les formes sous lesquelles les syphilides se présentent chez les enfants nouveau-nés; exposer leurs divers modes de traitement.

II. — Déterminer si les hernies sont plus graves chez les hommes que chez les femmes, chez les vieillards que chez les adultes, ou les enfants. Quelles sont les plus graves des hernies, de celles qui sont petites ou de celles qui sont volumineuses?

III. — Le labyrinthe reçoit-il des filets du système des nerfs grands sympathiques? De la structure des poches du vestibule et des canaux demi-circulaires.

IV. — Comment distinguer le vrai castoréum du castoréum factice?

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1843

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesepourledocto0008vari_o9r8

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

> Conserver et réparer, est presque aussi beau que faire.
>
> (VOLTAIRE.)

I.

Faire connaître les formes sous lesquelles les syphilides se présentent chez les enfants nouveau-nés; exposer leurs divers modes de traitement.

La description des syphilides chez les enfants nouveau-nés n'a pas encore fait le sujet d'une étude particulière. On trouve bien dans les ouvrages spéciaux des renseignements précieux sur les syphilides qui peuvent atteindre les enfants, mais dans presque tous les cas on conclut des adultes aux nouveau-nés, au lieu d'avoir spécialement en vue si, chez ces derniers, l'âge n'imprime pas quelques modifications dans le caractère et la fréquence de certaines formes éruptives.

Nous n'avons ni la prétention ni le pouvoir de remplir cette lacune; aussi nous bornerons-nous à parler des différentes formes de syphilides, d'après les documents que nous avons pu recueillir dans les livres, et d'après les cas que nous avons pu observer dans les hôpitaux; nous ajouterons en même temps que notre excellent ami, M. Legendre, qui s'est occupé de cette question avec le plus grand succès,

a bien voulu nous fournir quelques renseignements et nous éclairer de ses conseils.

Syphilide bulleuse.

D'après quelques auteurs, et cela contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte, la syphilide bulleuse serait très-fréquente chez les enfants nouveau-nés. MM. Paul Dubois et Cazenave ne font aucun doute sur la nature syphilitique de l'éruption décrite sous le nom de *pemphigus des nouveau-nés.* Ces auteurs ne partagent pas l'opinion de M. Krauss (*de Pemphigo neonatorum;* Bonnæ, 1834), qui refuse tout caractère de spécificité à cette éruption.

Selon MM. Paul Dubois et Cazenave, le pemphigus syphilitique consiste dans la présence d'une ou de plusieurs bulles du volume d'une noisette, existant au moment de la naissance, et se rencontrant ordinairement à la paume des mains et à la plante des pieds. Ces bulles, peu distendues, molles, sont entourées d'une aréole violacée : elles contiennent un liquide séro-purulent, et après leur disparition on voit leur succéder de véritables ulcérations. Le pemphigus syphilitique n'est pas une maladie rare; le pronostic de cette éruption propre aux nouveau-nés est des plus graves; M. Dubois a vu périr tous les enfants qui en étaient atteints.

Malgré l'autorité imposante des auteurs que nous venons de citer, nous aurions de la tendance à partager l'opinion de M. Krauss. Ainsi, malgré la présence actuelle ou antérieure de la syphilis chez la mère, nous nous demandons si cette circonstance même n'aurait pas pour effet de développer chez le fœtus une disposition propre à engendrer l'éruption bulleuse, sans regarder pour cela l'éruption comme de nature spécifique. A la vérité, l'aréole violacée, la tendance aux ulcérations des surfaces, qui ont été le siége de bulles, semblent bien indiquer une éruption de nature syphilitique. Toutefois, l'on a vu des pemphigus de nouveau-nés sans aréole violacée; et quant à la tendance aux ulcérations, ce caractère n'a qu'une valeur secondaire,

quand on sait avec quelle facilité ces dernières se développent sur la peau des nouveau-nés, surtout quand la surface du derme a été dépouillée de son épiderme.

Syphilide pustuleuse.

La syphilide pustuleuse est une des formes éruptives que l'on observe le plus fréquemment chez les enfants nouveau-nés; elle se manifeste avec les caractères que l'on a assignés à l'ecthyma syphilitique: ainsi cette éruption, qui peut être générale, mais qui s'observe le plus ordinairement sur les fesses, la partie interne des cuisses et sur les jambes, est caractérisée par des pustules de l'étendue d'une lentille, à base dure et saillante, de couleur violacée ou cuivrée, et dont le sommet purulent ne tarde pas à se dessécher pour produire une croûte noirâtre. En tombant, cette croûte ne laisse persister que la base indurée de la pustule, ou bien laisse à découvert une ulcération qui, sur les fesses et à la partie interne des cuisses, tend tous les jours à s'agrandir sous l'influence du décubitus longtemps prolongé, et du manque de propreté.

Syphilide tuberculeuse.

Deux variétés de la syphilide tuberculeuse peuvent se rencontrer chez les enfants nouveau-nés : l'une est la syphilide tuberculeuse simple, caractérisée par des saillies lenticulaires pour le volume et la forme, de couleur cuivrée, et offrant une desquamation peu épaisse à leur surface. Ces tubercules ont peu de tendance à s'ulcérer, et, comme l'ecthyma syphilitique, ils s'observent de préférence sur la partie inférieure du tronc, les fesses et les membres inférieurs. L'autre variété est la *syphilide tuberculeuse plate*, qui se remarque également de préférence sur le siége, les parties génitales et les parties internes des cuisses. Toutefois, cette éruption peut être déssiminée sur toute l'étendue de la surface tégumentaire : elle se présente alors avec des

caractères qui paraissent différents de prime abord, et qui pourraient faire croire qu'il existe chez le même sujet plusieurs formes éruptives. Mais, ainsi que M. Legendre le fait très-bien observer dans la description exacte que, le premier, il a donnée de cette variété de syphilide tuberculeuse, ces caractères divers de la même éruption ne tiennent qu'à des modifications de la même lésion élémentaire (le tubercule plat), suivant tel ou tel siége. Ainsi, aux parties génitales, sur les aines, cette variété de syphilide se présentera avec les caractères bien connus du tubercule plat, tandis que sur les autres points du corps, suivant que la surface sera plus ou moins perspirable, le produit d'exhalation du tubercule se concrétera en une croûte molle, aplatie, jaunâtre, demi-transparente, ou bien en une croûte mince, foliacée, comme squameuse. Mais ces tubercules viennent-ils à se développer sur une surface humide, à la commissure des lèvres, par exemple, au fond de la cicatrice ombilicale, alors le tubercule reprend la plupart des caractères des tubercules plats.

Syphilide squameuse.

Faut-il considérer, avec M. Legendre, la syphilide squameuse comme une simple variété de la syphilide tuberculeuse, seulement avec sécrétion épidermique exagérée au niveau des tubercules; ou bien faut-il continuer d'en faire, avec M. Cazenave, une espèce à part? Nous adopterions de préférence l'opinion de M. Legendre, qui a l'avantage de ne pas trop multiplier les différentes espèces de syphilides. Quoi qu'il en soit, M. Cazenave rapporte qu'il a vu plusieurs fois chez des enfants très-jeunes, et même chez des nouveau-nés, la syphilide squameuse, et que, entre autres cas, il l'a vue exister chez un enfant à la plante des pieds et à la paume des mains.

Diagnostic.

S'il est important de ne pas méconnaître l'existence d'une syphilide

chez un enfant, à cause de l'enfant lui-même, et aussi dans l'intérêt de la personne qui doit l'allaiter, on comprend, d'un autre côté, tous les inconvénients qu'il y aurait à admettre légèrement l'existence d'une syphilide chez un enfant qui ne serait atteint que d'une affection non spécifique de l'enveloppe tégumentaire : en effet, on jetterait le trouble et le désespoir dans le sein des familles, et, d'un autre côté, l'emploi d'un traitement mercuriel ne serait pas sans danger, à cause du jeune âge du sujet. On comprend, dès lors, combien il est important de bien établir le diagnostic des syphilides chez les jeunes enfants, et de connaître les circonstances capables de donner naissance à des accidents qui pourraient être pris pour des éruptions vénériennes.

La couleur cuivrée ou violacée de l'éruption, sa forme arrondie, les caractères des ulcérations, des croûtes et des cicatrices, pour les variétés qui s'accompagnent d'ulcérations : tels sont, chez les enfants comme chez les adultes, les signes importants d'après lesquels le diagnostic doit être établi. Toutefois, il est nécessaire de savoir que chez les enfants mal soignés, qu'on laisse continuellement couchés sur le dos, et souillés par leurs excrétions, il est fréquent d'observer des éruptions papuleuses ou pustuleuses, ou même des ulcérations arrondies, à fond grisâtre, qui pourraient en imposer même à des médecins familiarisés avec les éruptions syphilitiques. Une fois averti de la possibilité de cette méprise, tout praticien consciencieux devra se tenir dans une sage réserve; et, prescrivant d'abord les plus grands soins de propreté, l'emploi de pansements simples, de bains répétés à l'eau de son, il saura parfaitement, au bout de quelques jours, à quoi s'en tenir sur la cause de ces éruptions, les simples moyens hygiéniques que nous venons de mentionner amenant rapidement une guérison durable de ces éruptions non spécifiques; tandis que les syphilides resteront stationnaires, ou ne subiront que des améliorations insignifiantes et momentanées. Quant aux éruptions eczémateuses et impétigineuses, qui peuvent se manifester chez les enfants,

sur les fesses, le pli des aines, la partie interne des cuisses, l'erreur n'est pas possible pour le médecin tant soit peu versé dans l'étude des maladies de la peau.

Traitement.

La meilleure manière de combattre les syphilides des nouveau-nés est sans contredit de faire passer les remèdes par le lait de la personne qui doit allaiter l'enfant. Ce moyen a l'avantage de guérir à la fois l'enfant, et la mère ou la nourrice, lorsqu'elles sont infectées; mais, lorsqu'elles ne le sont pas, on a conseillé, pour leur éviter l'emploi quelquefois nuisible du traitement mercuriel, de remplacer leur lait par celui d'une chèvre, à laquelle on ferait alternativement, à la partie interne des cuisses, des frictions avec un mélange d'onguent napolitain et de camphre. Le plus souvent le traitement mercuriel auquel on soumet l'enfant par l'intermédiaire du lait de la mère, suffit à sa guérison; mais, lorsqu'on suppose qu'il ne doit pas en être ainsi, on pourra administrer en même temps, directement à l'enfant, quelques préparations mercurielles, avec toutes les précautions que nécessitent le jeune âge du sujet. Ce traitement direct pourra consister dans l'emploi des frictions, ou dans l'usage intérieur du mercure. En général, on donne la préférence à cette dernière méthode, à cause de la grande irritabilité de la peau des nouveau-nés, et du peu de certitude du traitement par les frictions: tel était du moins l'opinion de Doublet, en partie partagée par Bertin. Toutefois, nous voyons Petit-Radel, dans une note qu'il a ajoutée à sa traduction de l'ouvrage de Nisbeth, se montrer partisan du traitement par les frictions. Si donc on jugeait préférable, soit à cause du mauvais état des voies digestives, soit pour toute autre raison, d'employer les frictions, on commencerait par faire tous les jours, ou seulement tous les deux jours, une onction avec 3 ou 4 décigrammes d'onguent mercuriel, ou seulement de cérat mercuriel; puis, en se guidant toujours d'après les effets produits, on pourrait augmenter la dose de chaque friction,

jusqu'à employer chaque fois de 6 à 8 décigrammes d'onguent mercuriel.

Si rien ne s'oppose à un traitement mercuriel interne, la préparation la plus généralement employée est la liqueur de Van Swieten, administrée dans un peu d'eau sucrée ou de lait, ou bien encore dans un looch simple, comme le conseillait Bertin. On doit commencer d'abord par une dose très-minime, un vingtième ou un trentième de grain (2 à 3 milligr.), et, par des augmentations graduelles, on pourrait monter jusqu'à un dixième et même un huitième de grain (5 à 7 milligr.).

Enfin, M. Cazenave a retiré de bons effets des frictions faites sur les gencives avec 12 milligr. de calomel incorporés dans du miel.

II.

Déterminer si les hernies sont plus graves chez les hommes que chez les femmes, chez les vieillards que chez les adultes, ou les enfants. Quelles sont les plus graves des hernies, de celles qui sont petites ou de celles qui sont volumineuses ?

Deux individus de l'un et de l'autre sexe, du même âge, à peu près dans les mêmes conditions, étant affectés l'un et l'autre de hernie crurale, par exemple, est-il possible, dans l'état actuel de la science, de répondre à cette question : Laquelle des deux est la plus grave ? Si l'on n'était pas naturellement conduit à cette conclusion, que l'une et l'autre offrent la même gravité, il serait assurément bien difficile, pour ne pas dire impossible, de résoudre le problème dans un autre sens. De cette remarque, il résulte qu'en examinant, comme nous venons de le faire, la première partie de notre sujet, nous ne saurions arriver à une conséquence satisfaisante. Ce n'est pas, en effet, au

point de vue individuel que nous devons étudier la question, car, à l'existence d'une hernie se rattachent des accidents qui ne sont particuliers ni à l'âge, ni au sexe, mais qui se manifestent chez tous les hernieux indistinctement. Aussi, pour pouvoir émettre une opinion générale, il est nécessaire d'envisager le sujet sous un autre point de vue. D'abord nous parlerons de la fréquence des hernies et des accidents qu'elles déterminent ; prenant ensuite pour base de notre travail toute la population hernieuse, nous diviserons toute cette population en catégories fondées et sur l'âge, et sur le sexe ; examinant ensuite les hernies dans ces différentes classes, nous serons inévitablement conduit à la conclusion suivante : Là où la hernie fait le plus de ravage, quelle qu'elle soit, là, la hernie est la plus grave.

§ I. *De la fréquence des hernies.*

Ce n'est pas sans raison que les hernies ont de tout temps attiré l'attention des chirurgiens les plus distingués. Pour montrer combien est importante l'étude de cette infirmité, il nous suffira de mentionner les résultats généraux de quelques-unes des statiques qui ont été tentées sur ce sujet. Arnaud a établi comme une chose constante que le huitième des hommes est affecté de hernie. Juville arrive à une conséquence moins exagérée ; cependant il produit un chiffre encore assez élevé : en Allemagne et dans le Nord, il admet pour les hommes un trentième de hernieux ; en Italie et en Espagne, un quinzième ; en France et en Angleterre, un vingtième. Au commencement de ce siècle, Turnbull ayant fait, en Angleterre, quelques investigations analogues, prétendit que les hernieux formaient le quinzième de la population des trois royaumes. Sheldrake alla plus loin que Turnbull, et éleva cette proportion à un dixième. Quoique contradictoires, ces chiffres démontrent au moins que la hernie est une infirmité très-fréquente. Enfin, dans ces derniers temps, M. Malgaigne, ayant entrepris de nombreuses et d'intéressantes recherches sur cette lésion, suivant les âges, les sexes, et relativement à la population, a

été conduit à d'autres résultats sur lesquels nous aurons occasion de revenir : c'est, en effet, aux travaux de ce laborieux chirurgien que nous empruntons la plupart des matériaux dont nous ferons usage dans le cours de ce travail.

§ II. *Des accidents que déterminent les hernies.*

On donne plus particulièrement le nom de *hernie* à l'accident qui survient lorsque les viscères contenus dans l'abdomen s'échappent par les ouvertures naturelles ou accidentelles situées dans l'épaisseur des parois qui circonscrivent cette cavité. Toutes les fois que ce déplacement viscéral existe, on observe une série de phénomènes sur lesquels nous nous arrêterons un instant. Sans être nécessairement accompagnée d'accidents immédiats graves, une hernie donne lieu cependant à des incommodités multipliées : d'abord elle détermine dans la région qui en est le siége un sentiment de gêne, de pesanteur, et quelquefois de douleur; en même temps elle est la cause incessante de coliques plus ou moins vives, survenant ordinairement après le repas, coliques qui peuvent être accompagnées de nausées, de vomissements. A mesure qu'une quantité plus considérable de la masse intestinale s'engage dans le sac herniaire, la tumeur s'accroît insensiblement ; les parties n'étant plus soutenues par les parois de l'abdomen, la circulation des matières dans l'intestin n'étant plus favorisée par la contraction des muscles qui entrent dans la texture de ces parois, il survient alors une constipation des plus opiniâtres, une flatulence ordinaire et pénible. Reconnaissant pour cause une digestion laborieuse, souvent même incomplète, on conçoit que ces troubles réagissent sur la nutrition générale, et qu'ils entraînent à leur suite l'amaigrissement et la chute des forces.

Indépendamment des phénomènes mentionnés, une hernie est encore le siége d'accidents locaux tenant soit à des circonstances qu'il est facile d'apprécier et de prévenir, soit à des causes qui échappent à tous nos moyens d'investigation. Ainsi, la station prolongée, une

longue course, l'équitation, quelques excès de régime, provoquent de vives douleurs, suivies de coliques, de nausées, de défaillances, de vomissements; d'autres fois, le patient, se soumettant à un régime assez sévère, et évitant tout exercice violent, n'en éprouve pas moins les mêmes incommodités. Lorsque ces accidents se renouvellent fréquemment, il peut arriver que le sac et les parties qu'il contient s'enflamment : tantôt cette inflammation donne naissance à des troubles qui simulent l'étranglement; tantôt elle produit tous les signes de cette funeste complication. Dans le premier cas, cette phlegmasie peut occasionner soit des adhérences qui entraînent l'irréductibilité de la hernie, soit une accumulation de sérosité dans le sac herniaire; dans le second cas, le malade est très-heureux si on parvient à réduire la hernie par le taxis pratiqué avec prudence.

Pendant que l'on observe ces accidents, il s'opère, du côté du prolongement péritonéal, des modifications qui doivent nous arrêter. Arnaud, Ledran, Littre, Scarpa, etc., avaient reconnu que le col du sac était susceptible de se rétrécir, et que son resserrement pouvait être porté au point d'intercepter toute communication entre l'enveloppe séreuse de la hernie et la cavité péritonéale. Interprété de différentes manières, ce phénomène nous paraît surtout avoir été bien étudié par M. Demeaux, aide d'anatomie de la Faculté. Dans un mémoire plein d'intérêt et ayant pour titre : *De l'Évolution du sac des hernies*, M. Demeaux examine cette évolution à trois époques différentes : 1° au moment où la hernie se produit, c'est-à-dire alors que le collet se forme; 2° lorsque le collet existe par lui-même : ici les divers plis péritonéaux que, pendant la première période, l'on remarque à l'entrée du sac, et qui donnent à cette ouverture un aspect froncé, contractent entre eux des adhérences; en même temps, la surface extérieure ou celluleuse du collet devient le siége d'un travail fort intéressant : le tissu cellulo-adipeux situé dans cette région se transforme insensiblement en un tissu nouveau qui renferme une grande quantité de vaisseaux artériels et veineux; indépendamment des vaisseaux, on aperçoit des filaments offrant la plus grande analo-

gie avec ceux qui entrent dans la texture du dartos. Enfin, après cette époque qu'il désigne sous le nom de *phase d'organisation,* l'auteur décrit une troisième période, ou période de resserrement. A mesure que le collet s'épaissit, se resserre, la vascularisation diminue, et cette couche, primitivement dartoïque, présente la dureté et la résistance du tissu fibreux. Alors toute dilatation devient impossible : ou le collet résiste à la pression des organes, ou il étrangle l'organe qui le pénètre : tel est l'un des résultats auxquels est arrivé M. Demeaux, et telle est la marche qu'il a suivie pour démontrer que la nature travaille à la cure de la maladie.

En effleurant la question précédente, nous venons de toucher à l'un des problèmes les plus importants de la chirurgie des hernies ; nous voulons parler des phénomènes de l'étranglement. Les anneaux aponévrotiques sont-ils susceptibles de produire cette grave complication? ces anneaux sont-ils, au contraire, étrangers à sa production? enfin, quel rôle joue le collet du sac dans l'apparition de cet accident? Nous ne nous occuperons pas de ces points litigieux, d'abord, parce que nous ne possédons pas des faits capables de jeter quelques lumières sur ce sujet ; ensuite, parce que l'examen de cette question sortirait des limites de notre thèse. Il nous suffit ici d'avoir montré, d'une part, que la hernie est une affection grave, et, d'autre part, d'avoir insisté sur cette circonstance, que le collet du sac tend à se resserrer. En prenant ces données pour règle de conduite dans la pratique des hernies, nous arriverons à dire qu'il faut contenir exactement les parties herniées, en mettant en usage tous les moyens qui sont à notre disposition : c'est ainsi que nous seconderons les efforts de la nature, et que nous pourrons dire, avec Arnaud, que la nature et l'art travaillent de concert à la cure de la maladie.

§ III. *De la gravité de la hernie suivant l'âge et le sexe.*

Nous venons de parler de la gravité des hernies en général, et de dire combien il est important de les réduire et de les maintenir exac-

tement réduites. Nous mettons bien mieux en relief cette gravité en ajoutant que cette infirmité n'apporte pas seulement des troubles du côté des organes digestifs, mais qu'elle abrége la durée de la vie d'une manière vraiment effrayante. M. Malgaigne a démontré, en effet, que la mort décime largement la population hernieuse des premiers âges: la mortalité paraît être quatre fois plus grande chez les enfants hernieux que chez les autres; pour les vieillards, il est arrivé à une proportion plus considérable encore; nous le laissons parler : « Entre soixante-quinze et quatre-vingts ans, il meurt neuf fois plus de vieillards hernieux que d'autres : découverte effrayante ! et vous voyez que je n'avais pas tort quand j'annonçais par avance que ces recherches statistiques présenteraient un grand intérêt aux hygiénistes et aux praticiens ; car il faut qu'on le sache, les hernies produisent des accidents fâcheux pour la nutrition et l'entretien de la vie, surtout parce qu'elles sont mal contenues ; et si l'on songe qu'il existe en moyenne *seize cent mille hernieux en France*, on voit combien il est urgent de chercher à perfectionner le traitement palliatif, de manière à leur donner des chances de vie égales à celles des autres citoyens » (*Leçons sur les hernies recueillies par M. Gelès*, pag. 21).

Non-seulement cette citation fait voir combien l'affection dont nous nous occupons sévit sur tous les individus qui en sont affectés, mais encore elle légitime peut-être la marche que nous avons suivie pour résoudre la question qui nous a été désignée. Une hernie nous paraît, en effet, offrir d'autant plus de gravité qu'elle décime plus largement une classe d'individus. Examinons donc le sujet sous ce point de vue, en empruntant à M. Malgaigne quelques-uns des résultats auxquels il est arrivé par ses recherches statistiques.

1° *Hernies chez les femmes.* — Pendant les années 1836 et 1837, M. Malgaigne a eu occasion d'observer 5,140 hernies ainsi réparties

Hommes.....	4,087
Femmes.....	1,053

La proportion, comme on le voit, est : : 4 : 1, ainsi la population masculine, et ceci est reconnu depuis longtemps, est plus fréquemment affectée de hernie que la population féminine : par cela même que la hernie est moins fréquente chez la femme que chez l'homme, nous sommes logiquement conduit à dire, en thèse générale, que la hernie est moins grave chez la première que chez le second. Maintenant, laissant de côté cette question, étudions la maladie suivant les âges.

2° Ne pouvant pas entrer dans de longs détails sur ce sujet, j'extrais du travail de M. Malgaigne un tableau qui résume les résultats auxquels il est arrivé. Non-seulement ce tableau montre la fréquence de la hernie suivant les âges, mais il donne encore les rapports des hernies à la population dans les différents âges de la vie.

De la naissance à un an, le rapport est de	1 à 20,67
De 1 à 2 ans	1 à 29,09
De 2 à 3 ans	1 à 36,87
De 3 à 4 ans	1 à 55,64
De 4 à 5 ans	1 à 59,72
De 5 à 13 ans	1 à 77,31
De 13 à 20 ans	1 à 41,72
De 20 à 28 ans	1 à 30,74
De 28 à 35 ans	1 à 20,23
De 35 à 40 ans	1 à 16,58
De 40 à 50 ans	1 à 8,41
De 50 à 60 ans	1 à 8,37
De 60 à 70 ans	1 à 5,54
De 70 à 75 ans	1 à 4,37
De 75 à 80 ans	1 à 3,27

L'analyse de ce tableau fait voir que, depuis l'âge d'un an jusqu'à l'âge de treize, le nombre des hernies décroît sensiblement ; la proportion diminue, en effet, et à cette dernière époque on observe seulement un hernieux sur soixante-dix-sept individus. Après l'âge de treize ans, la proportion s'accroît, et entre vingt-huit et trente-cinq

ans nous retrouvons à peu près autant de hernieux que dans le cours de la première année qui suit la naissance, c'est-à-dire que, sur vingt sujets environ, il y en a un qui est affecté de hernie. De trente-cinq à quarante ans, la proportion augmente notablement, pour rester stationnaire entre quarante et soixante ans. Mais, à partir de soixante ans le nombre des hernieux devient plus considérable; et enfin, entre soixante-quinze et quatre-vingt ans, nous trouvons un chiffre véritablement énorme : sur trois individus environ, il en est un qui est hernieux. Ces chiffres n'ont pas besoin de plus longs commentaires; ils portent leur conséquence avec eux, et montrent suffisamment quelle peut être la gravité de la hernie suivant *les différents âges*.

Les circonstances sur lesquelles nous venons d'insister se rapportent uniquement à la fréquence des hernies suivant les âges. Cette fréquence relative nous paraît, comme on l'a vu, constituer la gravité de la maladie : cependant, dans l'appréciation de notre sujet, il est un autre élément dont nous devons tenir compte : je veux parler de la curabilité de l'affection. S'il est possible de guérir radicalement un hernieux, et si on obtient cet heureux résultat plus aisément à une certaine époque de la vie qu'à une autre, évidemment les dangers de la lésion diminueront et deviendront moins graves dans le premier cas que dans le second.

4° *Du degré de curabilité de la hernie suivant les âges.* — Toutes les hernies ne sont pas traitées avec un égal succès : ainsi, il faut renoncer à guérir radicalement celles qui sont irréductibles, et celles qui, très-anciennes, très-volumineuses, quoique réductibles, ont perdu, comme on l'a dit, droit de domicile dans l'abdomen. Mais il en est d'autres dont la cure peut être obtenue. Disons d'abord que l'âge du sujet influe beaucoup sur l'efficacité du traitement, et, pour exposer en peu de mots ce que nous avons à dire à cet égard, nous adopterons la division qui a été établie par M. Malgaigne. Ce chirurgien divise les hernies en trois grandes classes : 1° *celles de l'enfance :* on les remarque depuis l'époque de la naissance jusqu'à dix ou douze ans; elles guéris-

sent plus aisément qu'à toute autre période de la vie; 2° *les hernies de force :* elles se manifestent depuis l'âge de douze ans jusqu'à trente-cinq; généralement elles sont le résultat d'une puissante contraction musculaire : leur traitement compte quelques succès; 3° *les hernies de faiblesse :* elles apparaissent ordinairement à partir de trente-cinq ans, et deviennent de plus en plus fréquentes dans la vieillesse. Nous avons vu, en effet, que de soixante-quinze à quatre-vingts ans on observe un hernieux sur trois sujets. Le traitement curatif à l'aide du bandage est bien rarement efficace chez ces derniers. A. Cooper assure qu'il n'a jamais vu les personnes d'un âge avancé suspendre pendant longtemps l'emploi du bandage sans qu'elles eussent une récidive.

Après avoir sommairement indiqué les circonstances relatives à la curabilité des hernies suivant les âges, il me reste à parler des moyens que l'on met en usage dans le but de diminuer la gravité de cette affection.

5° *Bandages. — Opérations chirurgicales tentées pour obtenir la cure radicale des hernies.*—Quand on applique un bandage herniaire, on se propose ou de tenter la cure radicale de la maladie, ou de remédier, autant que possible, aux incommodités dont elle est constamment accompagnée, ou bien enfin on emploie ce moyen à la fois pour remédier à ces incommodités, et prévenir l'apparition d'accidents toujours très-graves et souvent mortels. Ce court exposé suffit pour montrer l'utilité ou plutôt la nécessité d'un bandage. Maintenant nous nous abstiendrons de décrire les différentes pièces qui entrent dans la composition de ces appareils, et, sans nous arrêter à de plus longues considérations, nous nous bornerons à dire en peu de mots les conditions qu'ils exigent pour agir avec efficacité: 1° la pelotte doit dépasser de 2 centimètres au moins la circonférence des parties qu'elle est destinée à comprimer; 2° comme il est nécessaire, quand il y a un canal, que cette compression s'exerce à la fois sur ce canal et sur son orifice supérieur surtout (Malgaigne), elle aura alors une forme

allongée, et présentera un relief plus considérable à celle de ses extrémités qui devra peser sur cet orifice; 3° elle offrira une convexité plus ou moins prononcée, selon la hernie que l'on voudra contenir; mais, dans tous les cas, elle sera disposée de manière à ne pas laisser échapper les parties réduites, et à ne pas produire une pression douloureuse; 4° le ressort aura une force suffisante pour résister à l'impulsion des viscères, et cette force devra également se répartir sur tous les points de la pelotte: pour obtenir ce dernier résultat, il sera nécessaire qu'elle agisse perpendiculairement au canal, ou à l'ouverture par laquelle les parties se seront échappées.

Mais il est quelques hernies contre lesquelles les bandages sont tout à fait impuissants, certaines hernies inguinales directes, par exemple: c'est spécialement pour ces dernières qu'il faut réserver les procédés opératoires qui ont été imaginés dans ces derniers temps par MM. Belmas, Bonnet, de Lyon, et surtout celui qui appartient à M. le professeur Gerdy. Nous passons sous silence les procédés justement tombés dans l'oubli dont on a autrefois tant abusé; il nous suffit ici de mentionner ceux dont on peut faire usage, et de préciser les cas dans lesquels ils peuvent convenir.

§ IV. *Quelles sont les plus graves des hernies, de celles qui sont petites ou de celles qui sont volumineuses ?*

Pour répondre à cette partie de notre question, nous nous contenterons d'émettre la proposition suivante: toutes choses étant égales d'ailleurs, une hernie est d'autant moins grave qu'elle est petite et récente.

II.

Le labyrinthe reçoit-il des filets du système des nerfs grands sympathiques ? De la structure des poches du vestibule et des canaux demi-circulaires.

1° *Le labyrinthe reçoit-il des filets du système des nerfs grands sympathiques ?*

Jacobson est le premier qui ait décrit les filets nerveux, différents de l'acoustique, se rendant au labyrinthe. Un petit cordon nerveux s'élève du ganglion d'Andersh, du glosso-pharyngien, pénètre de bas en haut dans un petit canal dont l'orifice est visible à la face inférieure du rocher, sur le tranchant de la crête qui sépare l'orifice inférieur du canal carotidien du golfe de la veine jugulaire, s'anastomose, par un petit filet très-grêle, avec le plexus carotidien, et se divise aussitôt en cinq branches : 1° deux branches postérieures, l'une destinée à la fenêtre ronde, l'autre destinée à la fenêtre ovale; 2° deux branches antérieures, l'une s'engageant dans le canal de la trompe d'Eustache, qu'elle accompagne jusqu'au voisinage de son orifice; l'autre allant s'anastomoser, sous le nom de *petit nerf pétreux profond,* avec le plexus carotidien. Enfin la cinquième branche, ou nerf de terminaison, perce la paroi supérieure du tympan, et va former une des origines du petit nerf pétreux superficiel destiné au ganglion otique.

Ces filets nerveux, les seuls qui, indépendamment du nerf acoustique, se rendent au labyrinthe, appartiennent-ils réellement au système cérébro-rachidien ? ou bien doivent-ils être rangés dans le système du grand sympathique ? Valentin paraît pencher vers cette dernière opinion, qu'il regarde comme probable, le plexus tympanique lui paraissant tirer son origine bien moins du glosso-pharyngien que du nerf vidien. C'est là une question que l'anatomie ordinaire

ne saurait résoudre. Le microscope devient désormais nécessaire, car ce n'est plus les troncs nerveux qu'il s'agit de découvrir, mais bien des fibres primitives, travail rempli d'incertitudes, d'erreurs inévitables, et dont nous nous reconnaissons l'impuissance de pouvoir surmonter les difficultés.

2° *De la structure des poches du vestibule et des canaux demi-circulaires.*

Les travaux de M. Breschet sont encore aujourd'hui ce que la science possède de plus complet touchant ce mystérieux appareil, les anatomistes allemands qui s'en sont occupés après lui avec le plus de succès, tels que Arnold et Wagner, n'ayant guère fait que confirmer ou répéter les résultats de ses travaux. Nous allons nous contenter de les résumer succinctement.

Le labyrinthe de l'homme, composé de parties distinctes et régulièrement surajoutées les unes aux autres, se compose: 1° du vestibule ou partie essentielle, poche mince, opaline, endolymphe de M. Breschet, vitrine, auditive de M. Blainville: cette poche présente chez l'homme une sorte d'étranglement qui la sépare imparfaitement en deux cavités, l'une antérieure ou sac, l'autre postérieure ou utricule; dans chacune de ces cavités se trouvent en suspension, au milieu de l'endolymphe, deux masses calcaires incomplétement solidifiées, et qui représentent les pierres de l'oreille des poissons. M. Breschet a proposé de les nommer *poussière de l'oreille, otoconies.*

Deux branches de l'acoustique viennent se rendre au sac et à l'utricule. Ces branches, après avoir poussé devant elles les membranes du vestibule, s'en coiffent dans leur plus fine subdivision, comme d'un névrilème nouveau, et viennent se terminer, en s'épanouissant, dans la matière muqueuse qui relie les particules calcaires des otoconies. De cette manière, les papilles auditives suspendues au centre des vésicules auditives sont dans la position la plus favorable pour participer à leur ébranlement. La sensation de l'audition est sans doute inexplicable en elle-même; mais jusqu'ici il ne nous paraît pas impos-

sible d'entrevoir ses conditions, et d'apprécier la loi de son mécanisme. Il n'en est pas de même des parties dont nous allons nous occuper.

La seconde partie du labyrinthe, et la plus constante après le vestibule, sont les canaux demi-circulaires. Ces canaux, dans l'homme et les mammifères, sont au nombre de trois. On les distingue en canal demi-circulaire supérieur, inférieur, et externe. Chaque canal présente à son origine une sorte de renflement ou ampoule : l'ampoule du canal supérieur est placée à la partie postérieure et supérieure du vestibule; l'ampoule du canal inférieur est accolée à la paroi postérieure de la même cavité, dans sa portion la plus inférieure. Nés de ces deux ampoules, les deux canaux demi-circulaires supérieur et inférieur décrivent une anse peu étendue, se recourbent l'un vers l'autre, et s'abouchent dans un canal commun qui se termine au vestibule. L'ampoule du canal demi-circulaire externe est placée en dehors de l'ampoule supérieure, à laquelle elle est presque accolée : né de cette ampoule, le canal externe se contourne presque horizontalement, se dirige en dehors et en arrière, et va se terminer vers la partie postérieure du vestibule, en s'engageant entre l'ampoule inférieure et le canal commun. La membrane qui forme la paroi de ces canaux ne diffère point, quant à la texture, de celle que renferme le vestibule. Le liquide contenu est le même que l'endolymphe; mais on n'y rencontre aucune concrétion analogue aux otoconies sacculaires ou utriculaires. Toutefois, chaque tube demi-circulaire reçoit du nerf acoustique une branche assez forte qui paraît se terminer directement dans la partie ampullaire, en formant des anses très-manifestes. De tous les organes des sens, l'oreille est, en effet, le meilleur type qu'on puisse choisir pour démontrer la terminaison à anse des filets nerveux. Cette terminaison, admise aujourd'hui dans les filets papillaires, et peut être même dans la rétine, ne l'avait été longtemps que par analogie, et notamment d'après ce qu'on observe sur la lame spirale du limaçon.

Le labyrinthe membraneux, comme l'ont démontré les belles re-

cherches de M. Breschet, n'a rien de commun avec le limaçon. Sus pendu au milieu du labyrinthe osseux, qui semble absolument moulé sur lui, ses parois ne sont séparées du périoste séreux qui tapisse la face interne de celui-ci, que par une humeur ténue et limpide, fort distincte de l'endolymphe, et que M. Breschet désigne sous le nom de périlymphe. Si nous cherchons à suivre l'analogie admise par M. Blainville entre l'appareil auditif et l'appareil visuel, l'endolymphe et le labyrinthe membraneux représenteraient le corps vitré, les otoconies occuperaient, dans cette nouvelle modification du type phanérique, la place du cristallin, et enfin l'humeur aqueuse serait représentée par la périlymphe. Quant au labyrinthe osseux, partie osseuse évidemment bien distincte, par sa structure et par son développement, du rocher proprement dit, elle pourrait recevoir, avec beaucoup de raison, le nom de sclérotique auditive que M. Blainville lui donne quelquefois dans ses cours.

N'ayant pas à nous occuper ici du limaçon, nous nous contenterons de faire remarquer que ce diverticulum si compliqué est en continuité seulement avec la membrane de la périlymphe et la sclérotique auditive, et nullement avec la membrane de l'endolymphe. Il en est de même des conduits connus sous le nom d'aqueducs, auxquels Cotugno accordait une si grande importance physiologique, dont M. Breschet les a dépossédés, en les considérant comme le résultat de l'étranglement de communications vasculaires fort étendues, et qui existeraient dans le commencement de la vie fœtale entre les parties encéphaliques et l'ampoule auditive. Cette manière de voir, si ingénieuse, semble confirmée par les recherches de l'embryogénie les plus sûrement établies. Ces conduits oblitérés mériteraient donc bien mieux le nom d'ombilics de l'oreille que celui d'aqueducs.

IV.

Comment distinguer le vrai castoréum du castoréum factice.

D'après l'opinion généralement admise, le castoréum sécrété par les glandes préputiales du castor fiber (rongeur), se rend dans un réservoir, composé de deux vessies pyriformes accolées l'une à l'autre, et recouvertes par une sorte de muscle qui enveloppe aussi les glandes sécrétoires, au nombre de trois de chaque côté. Lorsqu'il est récent, il a une consistance sirupeuse, une odeur forte, pénétrante et fétide; il se dessèche et se concrète bientôt; il est alors tel qu'on le trouve en pharmacie : sec, solide, brunâtre à l'extérieur, fauve foncé à l'intérieur, fragile à la manière des résines, entremêlé de membranes blanchâtres, renfermé dans deux grandes vessies pyriformes, de grosseurs diverses, applaties et ridées, comme cloisonnées, unies entre elles à l'aide de leurs conduits excréteurs desséchés. Comme à l'état sirupeux, son odeur est forte, pénétrante et fétide, sa saveur âcre et amère; il se ramollit et adhère aux dents lorsqu'on le mâche. C'est ce produit que l'on falsifie en Angleterre, et qu'on y fabrique de toutes pièces avec le scrotum du bouc, ou la vésicule biliaire de divers animaux, dans lesquels on introduit des mélanges de castoréum vrai et de gomme ammoniaque, de galbanum et de cire; quelquefois encore, on introduit dans les poches naturelles des substances métalliques qui en augmentent le poids.

1° Toutes les fois que les poches auront quelques sutures, elles devront être rejetées et considérées comme falsifiées; 2° si le castoréum est mélangé avec des substances minérales, il sera facile de le reconnaître par l'augmentation du poids, et par les réactifs chimiques. Ainsi, après avoir traité la substance par l'éther, l'alcool, afin de la priver des matières organiques solubles, on calcinera pour désorganiser le reste, et, en traitant par un acide, on dissoudra la matière

minérale. 3° Si l'odeur est faible, il aura été mélangé avec quelques matières qui l'auront altéré, ou bien il aura subi une décomposition d'un autre genre sous l'influence de l'air. Il est à remarquer, en effet, que, comme substance organique animale, le castoréum doit, dans certaines circonstances, s'il est placé dans un lieu humide, par exemple, subir la fermentation putride, et donner de l'ammoniaque comme produit de décomposition. S'il est placé dans un endroit chaud, il perd de son odeur. Dans l'un et dans l'autre cas, il perd ses propriétés médicales, qui ne sont dues, à ne pas en douter, qu'à l'huile essentielle et à la castorine, qui sont deux produits odorants.

Lorsque l'on voudra reconnaître si le castoréum contient de la gomme ammoniaque, du galbanum, ou de la cire, on le traitera par l'alcool, l'éther, ou l'essence de térébenthine, dans lesquels ces produits se dissolvent. L'alcool se chargera de la gomme-résine, et la déposera par l'évaporation; l'éther, de la matière grasse, que l'on séparera de même; enfin, l'essence de térébenthine dissoudra la cire et les résines que l'on isolera encore par l'évaporation. D'après l'ananalyse que l'on a faite du castoréum, il a été reconnu qu'il ne contenait que fort peu de résine : il est évident alors que si on en rencontrait beaucoup on aurait affaire à un castoréum falsifié.

Parmi les produits qu'on trouve dans le castoréum de bonne qualité, on cite : 1° la castorine, qui est un produit cristallin, et possédant l'odeur du castoréum; 2° de l'huile volatile; 3° des urates, des carbonates et des benzoates de chaux; 4° un peu de résine; 5° de l'albumine; 6° une substance analogue à l'osmazome; 7° des acétates, chlorures, phosphates, et sulfates de potasse, de soude et de chaux; 8° des carbonates d'ammoniaque; 9° du mucus et des substances membraneuses.

Nous avons dit que la castorine et l'huile volatile étaient les principaux produits actifs; ce qui tend à le prouver, c'est que la teinture alcoolique et éthérée sont les médicaments les plus actifs, l'huile volatile et la castorine se dissolvant fort bien dans ces véhicules.